

## 認定調査票 記入上の注意事項

### 【共通】

- 1) 選択項目については☑のように記入してください。間違えた場合は消して書き直してください。  
必ず右斜め上からの斜線で引いてください。
- 2) 鉛筆で記入してください。
- 3) 数字等の記入は記入枠内に納めてください。
- 4) 数字は文字見本をもとに丁寧に記入してください。  
文字見本 「0 1 2 3 4 5 6 7 8 9」

### 【介護保険認定調査票（帳票ID 741）】

#### I 調査実施者（記入者）の欄

- 1) 調査実施日は西暦で記入してください。
- 2) 調査実施場所は「自宅内」、「自宅外」のいずれかにチェックをしてください。
- 3) 調査員名は登録されている管理者名が印字されていますが、その隣に実際に調査を行った調査員名を必ず記入してください。

#### II 調査対象者

- 1) 「家族等連絡先」は記入不要です。

#### III 現在受けているサービスの状況

- 1) 「介護給付」、「予防・総合」は要介護、要支援状態であってもサービスの利用がない場合、記入の必要はありません。
- 2) サービスの利用がない場合、回数・日数の記入は必要ありません。0の記入も不要です。
- 3) サービス利用回数、日数を記入する場合は「介護給付」または「予防・給付」のマークが必要です。
- 4) 施設利用がある場合は、「あり」を記入したうえで該当施設を選択してください。  
調査実施場所が「自宅内」の場合は施設利用ありの記入ができません。

#### 1 身体機能・起居動作

- 1) 「1. 麻痺等の有無」、「2. 拘縮の有無」は複数回答が可能です。記入した個数を回答個数に記入してください。「ない」の場合は回答個数の記入は不要です。  
その他の項目は1箇所のみマークしてください。複数箇所のマークやマークがない場合は、読取エラーとなります。

### 【介護保険認定調査票（帳票ID 642）】

#### 2 生活機能、3 認知機能、4 精神・行動障害、5 社会生活への適応

- 1) 各項目1箇所のみマークしてください。複数箇所のマークやマークがない場合は、読取エラーとなります。

#### 6 特別な医療（過去14日間に受けた医療）

- 1) 複数回答が可能です。記入した個数を回答個数に記入してください。回答個数に0の記入は必要ありません。

#### 7 日常生活自立度

- 1) 各項目1箇所のみマークしてください。複数箇所のマークやマークしない場合は、読取エラーとなります。

# 【介護保険認定調査票（帳票ID 741）】

市町村コード

被保険者番号

認定申請日

帳票ID

14205

0 0 0 0 1 2 3 4 5 6

2 0 2 2 0 5 0 1

741

調査実施日は西暦で記入

## 介護保険認定調査票

### I 調査実施者（記入者）

調査実施日 年 月 日	事業者番号 9 9 9 9 9 9 9 9 9	事業者番号
調査実施場所 <input type="checkbox"/> 自宅内 <input type="checkbox"/> 自宅外 ( )	調査員番号 0 0 0 0 0 0 0 1	調査員名 訪問

### II 調査対象者

対象者氏名 フリガナ 藤沢 介護	性別 1 男 2 女 1	現住所 〒 251- 藤沢市朝日町	電話番号 ( )
生年 1 9 4 1 0 5 2 0	年齢 8 1 歳	家族等連絡 氏名 ( ) 関係 ( )	電話番号 ( )

調査実施場所は「自宅内」か「自宅外」かを選択

印字されている氏名の横に、実際に調査を行った調査員名を記入

要介護、要支援状態であってもサービスの利用がない場合、記入不要

利用回数、日数が0の場合、記入不要

（認定調査を行った月のサービス利用回数を記載。介護用具等は調査日時時点の、福祉用具販売は過去6月の品目数を記載）

介護給付 訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	訪問入浴介護	訪問看護	訪問リハビリ	居宅療養管理指導	通所介護(デイサービス)・通所型サービス	通所リハビリ(デイケア)	(特養等)短期入所生活介護	(老健等)短期入所療養介護	特定施設入居者生活介護	品目	品目	リ
予防・総合	夜間対応型訪問介護	認知症対応型通所介護	小規模多機能型居宅介護	認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	地域密着型	特定施設入居者生活介護	介護老人福祉施設入所者生活介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	看護小規模多機能型居宅介護	回答個数		

利用回数、日数を記入した個数を必ず記入。個数が0個の場合は記入不要

調査実施場所が「自宅内」の場合、施設利用「あり」は付けられない

該当するところにチェックを入れる

### IV 調査対象者の家族状況、調査対象者の居住環境

家族状況	<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 同居(夫婦のみ)	<input type="checkbox"/> 同居(その他)
------	-----------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

### 1 身体機能・起居動作

1. 麻痺等の有無 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 左上肢	<input type="checkbox"/> 右上肢	<input type="checkbox"/> その他(四肢の欠損)	回答個数	
2. 拘縮の有無 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 肩関節	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> その他(四肢の欠損)	回答個数	個
3. 寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない			
4. 起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない			
5. 座位保持(10分間程度)	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 自分の手で支えればできる	<input type="checkbox"/> 支えてもらえばできる	<input type="checkbox"/> できない		
6. 両足での立位保持(10秒間程度)	<input type="checkbox"/> 支えなしでできる	<input type="checkbox"/> 何か支えがあればできる	<input type="checkbox"/> できない			
7. 歩行	<input type="checkbox"/> つかまらない	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない			
8. 歩行(1秒間程度)	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何か支えがあればできる	<input type="checkbox"/> できない			
10. 洗身	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 行っていない		
11. つめ切り	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
12. 視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 1mで見える	<input type="checkbox"/> 目の前で見る	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない	<input type="checkbox"/> 判断不能	
13. 聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やっと聞こえる	<input type="checkbox"/> 大声が聞こえる	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえず	<input type="checkbox"/> 判断不能	

複数回答が可能。麻痺等の有無・拘縮の有無が「ない」の場合、回答個数は記入不要

調査は、調査対象者が通常の状態(調査可能な状態)であるときに実施してください。本人が風邪を引いて高熱を出している等、通常でない場合は再調査を行って下さい。あてはまる項目をチェックしてしてください。

【介護保険認定調査票（帳票ID 642）】

被保険者番号

1 1 0 2 0 0 0 0 0 6

642

2 生活機能

1. 移乗	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
2. 移動	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
3. えん下	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> できない	
4. 食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
5. 排尿	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
6. 排便	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
7. 口腔清潔	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
8. 洗顔	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
9. 整髪	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
10. 上衣の着脱	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
11. スホソ等の着脱	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
12. 外出頻度	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回未満	

4 精神・行動障害

1. 被害的	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
2. 作話	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
3. 感情が不安定	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4. 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
5. 同じ話をする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
6. 大声を出す	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
7. 介護に抵抗	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
8. 落ち着きなし	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
9. 一人で出たがる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
10. 収集癖	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
11. 物や衣類を壊す	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
12. ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
13. 独り言・独り笑い	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
14. 自分勝手に行動する	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
15. 話がまとまらない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある

3 認知機能

1. 意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ときどきできる	<input type="checkbox"/> ほとんどできない	<input type="checkbox"/> できない
2. 毎日の日課を理解	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
3. 生年月日をいう	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
4. 短期記憶	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
5. 自分の名前をいう	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
6. 今の季節を理解	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
7. 場所の理解	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
8. 徘徊	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
9. 外出すると戻れない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	

5 社会生活への適応

1. 薬の内服	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
2. 金銭の管理	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
3. 日常の意思決定	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 特別な場合以外可	<input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない
4. 集団への不適応	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
5. 買い物	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
6. 簡単な調理	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助

6 特別な医療(過去14日間に受けた医療)

<input type="checkbox"/> 1. 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 2. 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 3. 透析	<input type="checkbox"/> 4. ストーマ(人工肛門)の処置	<input type="checkbox"/> 5. 酸素療法	<input type="checkbox"/> 6. レスビレーター(人工呼吸器)
<input type="checkbox"/> 7. 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 8. 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 9. 経管栄養	<input type="checkbox"/> 10. モニター測定(血圧・心拍・酸素飽和度等)	<input type="checkbox"/> 11. 褥瘡の処置	<input type="checkbox"/> 12. カテーテル(ロドームカテーテル・留置カテーテル・ウストマ等)

回答個数  個

記入した個数を必ず記入。  
個数が0個の場合は、記入不要。

7 日常生活自立度

・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	